

Турица А.А.<sup>1</sup>, Мордык А.В.<sup>2</sup>, Иванова О.Г.<sup>2</sup>, Пузырева Л.В.<sup>3</sup>

## Медико-социальная характеристика семей у детей с урогенитальной патологией, в том числе связанной с инфицированием МБТ

1 - ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии, 2 - ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра фтизиатрии и фтизиохирургии, 3 - ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра инфекционных болезней, г. Омск

Turica A.A., Mordyk A.V., Ivanova O.G., Puzirova L.V.

## Medical and social characteristics of families of children with urogenital disorders, including those related to infection by the MTB

### Резюме

С целью оценки медико-социального статуса семей проведен анализ медицинской документации 590 детей и подростков, инфицированных МБТ: 160 – с урогенитальной патологией (1-я группа), 430 – без таковой (2-я группа). Установлено, что социальная характеристика семьи ребенка, инфицированного МБТ с урогенитальной патологией более благополучна: дети чаще проживают в полных, социально-сохраненных семьях, с достатком среднего и выше среднего уровня. Родители их – лица в возрасте старше 25 лет, с более высоким образовательным цензом.

**Ключевые слова:** дети, инфицирование МБТ, урогенитальная патология, медико-социальная характеристика, семья

### Summary

To assess the health and social status of the families analyzed the medical records of 590 children and adolescents was infected by MTB: 160 - with urogenital pathology (group 1), 430 - without it (group 2). It was found that the social characteristics of the child's family with urogenital pathology more favorable: the children often live in the full socio-conserving families with incomes average or above average. Their parents - those aged over 25 years with higher educational qualifications.

**Key words:** children, MTB infection, urogenital pathology, medical and social characteristics, family

### Введение

Проблема здоровья детей в настоящее время стоит особенно остро [1, 2]. Сохранение здоровья подрастающего поколения является приоритетным направлением государственной политики в любой стране мира [2]. В России в последнее время увеличивается количество детей, имеющих ту или иную патологию [3, 4, 5]. С возрастом количество детей здоровых, наблюдающихся педиатром по 1-й группе здоровья, уменьшается, за счет роста функциональных нарушений и хронических заболеваний [1, 4].

Здоровье подрастающего поколения определяет и его будущий репродуктивный потенциал [6, 7]. Патология мочевыделительной и связанной с ней анатомически половой систем является довольно частой и находится на 4-м месте среди заболеваний у детей старших возрастных групп и подростков [3, 4, 8]. Именно патология урогенитальной сферы, развившаяся в детстве, может снизить репродуктивные возможности человека

в последующем [9]. Распространение туберкулезной инфекции в современном обществе [10], способствует довольно высокому уровню инфицирования детей микобактериями туберкулеза (МБТ) [8, 11, 12], а латентная туберкулезная инфекция может привести и к поражению мочеполовой сферы ребенка и обусловить развития бесплодия у него во взрослом состоянии [13, 14].

Забота о здоровье детей, их медико-социальной реабилитации, восстановлению нормального функционирования мочеполовой системы ложится не только на педиатров, урологов и нефрологов, но и на семью ребенка [2, 9, 15]. Оценка ее медико-социального статуса позволит рассмотреть роль семьи в сохранении репродуктивного здоровья подрастающего поколения. Данное исследование является попыткой анализа связи медико-социальной составляющей семей и репродуктивного здоровья детей в зависимости от наличия или отсутствия инфицирования МБТ.

**Цель работы.** - оценка медико-социального статуса семей у детей с урогенитальной патологией в зависимости от ее связи с наличием инфицирования МБТ для разработки в последующем программ по сохранению репродуктивного потенциала подрастающего поколения.

## Материалы и методы

Исследование ретроспективное, сравнительное. Проведен анализ историй развития (форма 112/у) и карт амбулаторного больного (форма 025/у) 590 детей и подростков, находившихся под наблюдением в 8 детских поликлиниках г. Омска. Отбор медицинской документации проводили в соответствии с критериями включения/исключения. Критериями включения были: инфицирование МБТ, установленное по результатам туберкулинодиагностики (проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л), наличие информированного согласия родителей (опекунов) ребенка на участие в исследовании. Критериями исключения являлись: отсутствие факта инфицирования МБТ, отсутствие информированного согласия, отказ от участия в исследовании, участие в другом исследовании. Пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы: 1-ю группу составили 160 детей и подростков, инфицированных МБТ с урогенитальной патологией (инфекции мочевыводящих путей у 25 (15,6%), хронический пиелонефрит – у 40 (25%), острый гломерулонефрит – у 9 (5,6%), хронический гломерулонефрит – у 8 (5%), различного вида нефропатии – у 20 (12,5%), аномалии развития почек – у 20 (12,5%), нефроптоз – у 22 (13,8%), фимоз – у 15 (9,4%), вульвовагинит – у 12 (7,5%), хронический аднексит – у 7 (4,4%), 2-ю группу – 430 детей и подростков, инфицированных МБТ, не имеющих урогенитальной патологии. Возрастно-половые характеристики пациентов в группах сравнения представлены в табл. 1. Согласно данным, представленным в таблице, в 1-й группе преобладали лица женского пола - на 13,9%, по сравнению с пациентами из 2-й группы ( $\chi^2 = 9,070$ ;  $p = 0,0001$ ), что соответствует данным литературных источников о более частом развитии данного вида патологии у лиц женского пола [6].

В 1-й группе чаще встречались пациенты в возрасте 0-3 лет - на 2,8% ( $\chi^2 = 1,966$ ;  $p = 0,161$ ) и 12-14 лет – на 14,7% ( $\chi^2 = 14,155$ ;  $p = 0,0001$ ), в возрасте 4-6 лет – на 25,3% реже ( $\chi^2 = 33,273$ ;  $p = 0,0001$ ). Удельный вес подростков в группах сравнения достоверно не различался: составляя 8,8% в 1-й группе и 6,9% - во 2-й группе ( $\chi^2 = 0,305$ ;  $p = 0,581$ ). Полученные результаты показывают наибольшую уязвимость для развития урогенитальной патологии у детей, инфицированных МБТ, в возрасте 4-6 и 12-14 лет, что диктует необходимость проведения более детального обследования в этом возрастном периоде для выявления данной нозологической группы.

Анализировали социальный статус, образовательный ценз, состояние здоровья родителей (опекунов), а также условия жизни семей. Для проверки статистических гипотез при сравнении качественных характеристик числовых данных в независимых группах использовали  $\chi^2$  (хи-квадрат) Пирсона. Критический уровень значи-

мости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным  $\chi^2 = 4,9$ , число степеней свободы  $df = 1$ ,  $p < 0,05$ . Статистическая значимость результатов выражалась в виде  $p = 0,000$ , результаты считались значимыми при  $p < 0,05$ . [16; 17]. Расчеты проводили с использованием пакетов прикладных программ Biostat и STATICA 6.0.

Данная статья подготовлена в рамках работы по гранту РГНФ региональный конкурс «Российское могущество прирастает будет Сибирью и Ледовитым океаном» по теме «Социальные аспекты взаимодействия проблем репродуктивного здоровья и туберкулеза» № проекта 15-16-55015, 2015 г.

## Результаты и обсуждение

Анализ медицинской документации показал, что возраст моложе 18 лет на момент рождения ребенка достоверно (на 8,3%) чаще имели матери пациентов 2-й группы - 60 (13,9%) против 9 (5,6%) в 1-й группе ( $\chi^2 = 7,047$ ;  $p = 0,008$ ), 18-25 лет – 58 (36,3%) и 140 (32,6%) женщин ( $\chi^2 = 0,557$ ;  $p = 0,456$ ), старше 25 лет – на 13,0% чаще (73 (45,6%) против 140 (32,6%) - в 1-й группе ( $\chi^2 = 8,074$ ;  $p = 0,004$ ).

Достоверного различия величины доли женщин с неоконченным средним - у 26 (16,3%) в 1-й группе против 69 (16,0%) – во 2-й ( $\chi^2 = 0,004$ ;  $p = 0,947$ ), полным средним – 41 (25,6%) и 117 (27,2%) ( $\chi^2 = 0,079$ ;  $p = 0,778$ ), средне-специальным образованием – 52 (32,5%) против 170 (39,5%) ( $\chi^2 = 2,168$ ;  $p = 0,141$ ) в группах сравнения не установлено. Матери пациентов из 1-й группы на 8,4% чаще – в 41 (25,6%) случаев против 74 (17,2%) имели высшее образование ( $\chi^2 = 4,740$ ;  $p = 0,029$ ). Вредные привычки, напротив, чаще были выявлены во 2-й группе - у 57 (13,3%) женщин против 11 (6,9%) ( $\chi^2 = 4,051$ ;  $p = 0,044$ ). Табакокурение выявлено у 57 (13,3%) матерей во 2-й группе против 8 (5,0%) - в 1-й ( $\chi^2 = 7,287$ ;  $p = 0,007$ ). Злоупотребление алкоголем установлено у 9 (5,6%) матерей пациентов 1-й группы и у 7 (1,6%) - в группе сравнения ( $\chi^2 = 5,628$ ;  $p = 0,018$ ).

В 38 (23,7%) случаев в 1-й группе и в 92 (21,4%) – во 2-й - в документации ребенка отсутствовали какие-либо сведения, позволившие бы характеризовать социальный статус отца ребенка, поэтому достоверность выводов может быть поставлена под сомнение. Наличие вредных привычек, в целом у 68 (42,5%) и 196 (45,6%), табакокурение - у 68 (42,5%) и 196 (45,6%) ( $\chi^2 = 0,332$ ;  $p = 0,565$ ), злоупотребление алкоголем – у 8 (5,0%) и 20 (4,7%) случаев ( $\chi^2 = 0,002$ ;  $p = 0,968$ ) с почти одинаковой частотой отмечены в обеих группах. При анализе образовательного ценза отцов пациентов в группах сравнения по всем показателям достоверных различий не отмечено: в 1-й группе среднее образование встречалось на 6,1% чаще, чем в группе сравнения – у 23 (14,4%) против 88 (20,5%) ( $\chi^2 = 2,103$ ;  $p = 0,147$ ). Неполное среднее образование имели 30 (18,8%) отцов против 68 (15,8%) ( $\chi^2 = 0,529$ ;  $p = 0,467$ ), средне-специальное – 47 (29,4%) против 147 (34,2%) ( $\chi^2 = 1,105$ ;  $p = 0,314$ ), высшее – 22 (13,8%) против 35 (8,1%) ( $\chi^2 = 0,868$ ;  $p = 0,352$ ). Как следует из полученных резуль-

Таблица 1. Возрастно-половые характеристики пациентов, инфицированных МБТ

Показатели	1-я группа n, (%)	2-я группа n, (%)	$\chi^2$	p
Пол				
Мужской	60 (37,5)*	225 (52,3)*	9,070*	0,003*
Женский	100 (62,5)*	209 (48,6)*		
Возраст, лет				
0-3	9 (5,6)	12 (2,8)	1,966	0,161
4-6	21 (13,1)*	165 (38,4)*	33,273*	0,0001*
7-11	67 (41,9)	149 (34,7)	2,320	0,128
12-14	51 (31,9)*	74 (17,2)*	14,155*	0,0001*
15-17	14 (8,8)	30 (6,9)	0,305	0,581

\* - достоверность различий ( $p < 0,05$ )

Таблица 2. Социальная характеристика семьи

Показатели	1-я группа, n (%)	2-я группа, n (%)	$\chi^2$	p
Социальный анамнез семьи				
Социальный анамнез неизвестен	0*	43 (10,0)*	15,810*	0,0001*
Семья социально-сохраняющая	126 (78,8)*	289 (67,2)*	6,901*	0,009*
Семья социально-дезадаптированная	20 (12,5)	24 (5,6)	2,991	0,084
Семья социопатич.	12 (7,5)	35 (8,1)	0,867	0,352
Характеристика семьи, материальный достаток				
Брак зарегистрирован	87 (54,4)	231 (53,7)	0,002	0,961
Полная семья	90 (56,3)*	180 (30,1)*	9,157*	0,002*
Опекунство	5 (3,1)	29 (6,7)	2,186	0,139
Материальный достаток ниже прожиточного минимума	45 (13,8)	138 (30,1)	0,711	0,399

\* - достоверность различий ( $p < 0,05$ )

Таблица 3. Характеристика жилья у пациентов в группах сравнения

Показатели	Дети, инфицированные МБТ, с патологией почек и МВС, n (%)	Дети, инфицированные МБТ, без патологии почек и МВС, n (%)	$\chi^2$	p
Отдельная квартира	68 (42,5)*	115 (26,7)*	12,803*	0,0001*
Частный дом	88 (55,0)	271 (63,0)	2,823	0,093
Благоустроенное жилье	69 (43,1)	224 (52,1)	3,401	0,065
Общественное	4 (2,5)*	34 (7,9)*	8,113*	0,004*

\* - достоверность различий ( $p < 0,05$ )

татов, в 1-й группе несколько большее число отцов имели высшее образование, несмотря на то, что эти различия и не были достоверными. Наличие судимости и пребывание в местах лишения свободы отмечено лишь у 8 (1,9%) отцов во 2-й группе.

Социальная характеристика семьи и условия жизни ребенка представлены в табл. 2 и табл. 3. Как следует из данных, представленных в табл. 2, в 1-й группе преобладают социально-сохраняющие семьи – 78,8% против 67,2% - во 2-й группе ( $\chi^2 = 6,901$ ;  $p = 0,009$ ), удельный вес социально-дезадаптированных (12,5% против 5,6%) и социопатических (7,5% против 8,1%) семей в группах сравнения достоверно не отличалось ( $p > 0,05$ ). Социаль-

ный анамнез (согласно сведениям из медицинской документации детей) оставался неизвестен у 10,0% детей во 2-й группе, в 1-й группе подобных фактов не обнаружено ( $\chi^2 = 15,810$ ;  $p = 0,0001$ ).

Согласно данным, представленным в табл. 2, 54,4% родителей детей в 1-й группе и 53,7% - во 2-й группе к моменту рождения ребенка жили в зарегистрированном браке ( $\chi^2 = 0,002$ ;  $p = 0,961$ ). Полная семья чаще встречалась в 1-й группе (56,3% против 41,9%) ( $\chi^2 = 9,157$ ;  $p = 0,002$ ). Воспитывались опекунами, соответственно, 3,1% и 6,7% детей в группах сравнения ( $\chi^2 = 2,186$ ;  $p = 0,139$ ).

Материальный достаток семей пациентов 1-й группы был более, чем в 2 раза выше, чем во 2-й группе

(достаток ниже прожиточного уровня отмечали 13,8% респондентов против 30,1%) ( $\chi^2 = 0,711$ ;  $p = 0,399$ ). Жилищные условия (см. табл. 3) в 1-й группе были более благоприятными: 42,5% пациентов против 26,7% в группе сравнения проживали в отдельных квартирах ( $\chi^2 = 12,803$ ;  $p = 0,0001$ ), 43,1% против 52,1% имели благоустроенное жилье ( $\chi^2 = 3,401$ ;  $p = 0,065$ ), 2,5% против 7,9% - проживали в общежитии ( $\chi^2 = 8,113$ ;  $p = 0,004$ ).

Таким образом, социальная характеристика семьи ребенка, инфицированного МБТ, с патологией почек и МВС более благополучна, нежели у ребенка без таковой: дети с патологией почек чаще проживали в полных, социально-сохраненных семьях, с достатком среднего и выше среднего уровня. Родители - преимущественно, лица в возрасте старше 25 лет, с более высоким образовательным цензом.

По мнению ведущих экспертов в области педиатрии, состояние здоровья ребенка и качество его жизни зависит от условий протекания беременности, наличия и степени тяжести осложнений беременности и родов, характера имеющейся соматической и инфекционной патологии у матери [14]. Нами проанализированы сведения о состоянии здоровья матери на момент зачатия и рождения ребенка, использована информация из историй развития ребенка (форма 112/у), карты амбулаторного больного (форма 025/у).

Как правило, в медицинской документации детей в группах сравнения отсутствовала информация о состоянии здоровья отца ребенка к моменту его рождения, поэтому нами изучено лишь состояние здоровья матерей. В 1-й матери в 3 (4,1%) случаев, во 2-й группе - в 22 (4,2%) ( $\chi^2 = 0,087$ ;  $p = 0,768$ ). Беременность была первой у 29 (39,2%) женщин в 1-й группе и у 201 (38,1%) - во 2-й ( $\chi^2 = 0,002$ ;  $p = 0,963$ ), повторная, соответственно, у 39 (52,7%) и 302 (57,3%) женщин ( $\chi^2 = 0,388$ ;  $p = 0,533$ ). Первые роды достоверно чаще отмечали в 1-й группе - у 44 (59,5%) женщин против 241 (45,7%) ( $\chi^2 = 4,370$ ;  $p = 0,037$ ), повторные - во 2-й группе - у 260 (49,3%) против 23 (31,1%) ( $\chi^2 = 7,962$ ;  $p = 0,005$ ). Осложненный акушерский анамнез выявлен у 29 (39,2%) матерей в 1-й группе и у 83 (15,7%) - во 2-й ( $\chi^2 = 21,992$ ;  $p = 0,0001$ ). Достоверных различий в частоте абортотворения - 17 (22,9%) против 118 (22,4%) ( $\chi^2 = 0,001$ ;  $p = 0,971$ ), невынашивания - 6 (8,1%) против 27 (5,1%) ( $\chi^2 = 0,613$ ;  $p = 0,434$ ), удельного веса гинекологических заболеваний 10 (13,5%) против 38 (7,2%) ( $\chi^2 = 2,703$ ;  $p = 0,100$ ) у матерей пациентов в группах сравнения не выявлено.

Достоверных различий в частоте развития осложнений предыдущих беременностей - у 1 (1,4%) женщины в 1-й группе и у 12 (2,3%) - во 2-й ( $\chi^2 = 0,007$ ;  $p = 0,932$ ), родов - у 11 (2,1%) 2-й группы ( $\chi^2 = 0,626$ ;  $p = 0,429$ ), осложнений данной беременности - у 45 (60,8%) и у 298 (56,5%) ( $\chi^2 = 0,323$ ;  $p = 0,570$ ) матерей пациентов в группах сравнения не установлено. Токсикоз первой половины беременности развивался с почти одинаковой частотой, в 31 (41,9%) и 186 (35,3%) случаях ( $\chi^2 = 0,955$ ;  $p = 0,328$ ) у женщин в обеих группах. Угроза выкидыша в первой половине беременности возникала у 18 (24,3%)

женщин - матерей пациентов 1-й группы, тогда как во 2-й группе такую отмечали почти в 2 раза реже - в 73 (13,9%) случаев ( $\chi^2 = 4,753$ ;  $p = 0,029$ ). Токсикоз второй половины беременности наблюдали у 1 (1,4%) матерей пациентов 1-й группы, и у 80 (15,2%) - во 2-й ( $\chi^2 = 9,489$ ;  $p = 0,002$ ). Угроза выкидыша во второй половине беременности возникла у 14 (18,9%) матерей пациентов 1-й группы и у 86 (16,3%) матерей из 2-й группы ( $\chi^2 = 0,157$ ;  $p = 0,692$ ). Преждевременные роды зарегистрированы у 3 (4,1%) женщин в 1-й группе и у 23 (4,4%) во 2-й ( $\chi^2 = 0,023$ ;  $p = 0,855$ ), срочные роды - у 64 (86,2%) и 438 (83,1%) ( $\chi^2 = 0,320$ ;  $p = 0,572$ ), запоздалые - у 1 (1,4%) и у 12 (2,3%) ( $\chi^2 = 0,216$ ;  $p = 0,642$ ), соответственно.

Таким образом, акушерско-гинекологический анамнез у матерей пациентов 1-й группы был отягощен в большей степени - несмотря на то, что более, чем у половины женщин роды были первыми, угроза прерывания беременности в первой половине отмечалась почти в 2 раза чаще, чем у матерей пациентов 2-й группы.

У матерей пациентов в группах сравнения частота (35 (47,3%) случаев против 224 (42,5%) и характер соматической патологии достоверно не отличались ( $\chi^2 = 0,428$ ;  $p = 0,613$ ). Исключение составил хронический пиелонефрит, частота которого в 1-й группе была в 2,5 раза выше, чем в группе сравнения - это заболевание выявляли у 13 (17,6%) в 1-й группе и у 35 (6,6%) - во 2-й ( $\chi^2 = 9,107$ ;  $p = 0,003$ ), а также гастрит - в 6 раз выше - 6 (8,1%) против 7 (1,3%), чем у матерей пациентов 2-й группы ( $\chi^2 = 11,072$ ;  $p = 0,0001$ ).

В целом частота встречаемости и характер инфекционной патологии у матерей пациентов в группах сравнения достоверно не отличались. Но в 1-й группе у женщин несколько чаще определяли наличие антител к возбудителям вирусного гепатита В - на 10% - в 1 (1,4%) случае против 2 (0,4%) ( $\chi^2 = 0,053$ ;  $p = 0,818$ ), краснухи - на 1,8% - у 2 (2,7%) женщин против 5 (0,9%) ( $\chi^2 = 0,545$ ;  $p = 0,460$ ), герпетической инфекции - на 4,4% - 7 (9,5%) против 27 (5,1%) ( $\chi^2 = 1,546$ ;  $p = 0,214$ ), ЦМВИ - на 5,3% - в 8 (10,8%) против 29 (5,5%) ( $\chi^2 = 2,312$ ;  $p = 0,128$ ), туберкулез в анамнезе отмечали 1 (1,4%) женщина в 1-й группе и 3 (0,6%) женщины - во 2-й ( $\chi^2 = 0,053$ ;  $p = 0,818$ ). ОРВИ во время беременности перенесли 11 (14,9%) матерей пациентов 1-й группы - на 6,4% больше, чем во 2-й, где таковая отмечена у 45 (8,5%) женщин ( $\chi^2 = 2,370$ ;  $p = 0,124$ ). Во 2-й группе у матерей пациентов регистрировали наличие антител к возбудителю хламидиоза (у 6 (1,1%) женщин), тогда как в 1-й группе таковые отсутствовали ( $\chi^2 = 0,089$ ;  $p = 0,766$ ). Полученные результаты, свидетельствующие о несколько более частой встречаемости вирусных инфекций из семейства *Herpesviridae* и случаев туберкулеза у матерей пациентов 1-й группы, вероятно, связаны с наличием у этой группы женщин дефекта клеточного звена иммунитета, возможно, генетически обусловленного, создающего условия для развития разного рода воспалительных процессов с хроническим течением и предпосылки для развития патологии подобного типа у рожденных ими детей [18].

**Выводы**

1. Социальная характеристика семьи ребенка, инфицированного МБТ, с урогенитальной патологией более благополучна, нежели у ребенка без таковой: такие дети чаще проживают в полных, социально-сохраненных семьях, с достатком среднего и выше среднего уровня. Родители их, преимущественно, лица в возрасте старше 25 лет, с более высоким образовательным цензом.

2. Матери пациентов с урогенитальной патологией чаще имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез – несмотря на то, что более, чем у половины женщин роды были первыми, угроза прерывания беременности в первой половине отмечалась почти в 2 раза чаще, чем у матерей пациентов группы сравнения.

3. Более высокая частота выявления хронического пиелонефрита (в 2,5 раза выше, чем в группе сравнения) и гастрита (в 6 раз чаще), возможно, более частой встречаемостью вирусных инфекций, вызванных возбудителями из семейства *Herpesviridae*, связаны, вероятно, с наличием у этой группы женщин дефекта клеточного звена иммунитета, возможно, генетически обусловлен-

ного, создающего условия для развития разного рода воспалительных процессов с хроническим течением и предпосылки для развития патологии подобного типа у рожденных ими детей и требующего своевременного установления и проведения курса иммунокоррекции до наступления беременности.■

*Турица Анна Анатольевна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск; Мордык Анна Владимировна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск; Иванова Ольга Георгиевна, к.м.н., доцент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск; Пузырева Лариса Владимировна, к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск; Автор, ответственный за переписку – Иванова О.Г., 644045, г. Омск, ул. Волкова, дом 5а, кв. 27, тел. +79088066856, e-mail: olgavivanova1969@mail.ru*

**Литература:**

1. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Модестов А. А., Косова С. А., Бондарь В. И., Волков И. М. Заболеваемость детского населения России (итоги комплексного медико-статистического исследования). *Здравоохранение Российской Федерации*. 2012; 5: 21-6.
2. Баранов А. А., Кучма В. Р., Тутельян В. А., Величковский Б. Т. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России. *Комплексная программа научных исследований «Профилактика наиболее распространенных болезней детей и подростков на 2005-2009 гг.»*. М.: ГЭОТАР – Медиа; 2008.
3. Гончарова О. В., Соколовская Т. А. Заболеваемость детей 0 – 14 лет в Российской Федерации: лонгитудинальное и проспективное исследования. *Мед. совет*. 2014; 6: 6-9.
4. Намазова-Баранова Л. С., Кучма В. Р., Ильин А. Г., Сухарева Л. М., Рапопорт И. К. Заболеваемость детей в возрасте от 5 до 15 лет в Российской Федерации. *Мед. совет*. 2014; 1: 6-10.
5. Руднева Ю.В., Поркулевич Н.И., Леонтьева Е.С., Мордык А.В. Ультразвуковое исследование в выявлении патологии внутренних органов у детей, больных туберкулезом. *Туб. и болезни легких*. 2015; 5: 161-2.
6. Турица А.А., Мордык А.В., Раманова М.А., Леонтьева Е.С. Патология мочевыделительной системы и туберкулез у детей: клинические параллели, влияние на результаты лечения. *Известия Самарского научного центра РАН*. 2014; 16 (5-4): 1475-80.
7. Лебедева М. Г. Медико-географические особенности формирования репродуктивного здоровья девушек-подростков [Текст]. М. Г. Лебедева, М. Б. Хамошина, Т. В. Вострикова, Н. В. Личак, М. П. Архипова. *Доктор.ру*. 2012; 7 (75): 35-41.
8. Герасимов П.Н., Плеханова М.А., Мордык А.В., Подкопаева Т.Г. Информативность туберкулинодиагностики на педиатрическом этапе. *Омский науч. вестник*. 2013; 2 (124): 34-7.
9. Иванов А. Г. Медико-социальные проблемы репродуктивного потенциала молодежи: монография. Тверь: Триада; 2011.
10. Мордык А.В., Пузырева Л.В., Подкопаева Т.Г. Социальный статус пациентов противотуберкулезного диспансера и его влияние на отношение к лечению. *Социология медицины*. 2011; 2: 44-7.
11. Мордык А.В., Турица А.А., Подкопаева Т.Г., Поркулевич Н.И. Клинические, иммунологические аспекты раннего периода первичной туберкулезной инфекции у детей, проживающих в сельской местности. / *Известия Самарского научного центра РАН*. 2014; 16 (5-4): 1453-55.
12. Мордык А.В., Цыганкова Е.А., Пузырева Л.В., Турица А.А. Противотуберкулезный иммунитет и механизмы его формирования (обзор литературы). *Дальневост. мед. журнал*. 2014; 1: 126-30.
13. Кондакова, Н. А. Здоровье и условия жизни подрастающего поколения // *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2013; 1 (25): 33 - 161.
14. Кравченко Е.Н., Мордык А.В., Пузырёва Л.В., Валева Г.А. Репродуктивное здоровье женщин с активным туберкулезом легких. *Доктор.Ру*. 2015; 1: 5-8.
15. Клинышкова Т.В., Мордык А.В., Яковлева А.А. О роли генитального туберкулеза при женском бес-

- площи // *Вестн. Новосибирского гос. Университета. Серия: Биология, клиническая медицина.* 2011; 9 (2): 255-56.
16. *Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М: Медиасфера; 2006.*
17. *Халафян А.А. STATICA 6.0. Статистический анализ данных. 3-е изд. Учебник . М.: ООО Бином-Пресс; 2007.*
18. *Бархатова, Т.В., Краснов, В.В. Маркеры герпетических инфекций при заболеваниях почек у детей. СТМ. 2011; 2: 111-13.*